

青森県新型コロナウイルスワクチン接種促進事業費補助金（個別接種分）交付申請書兼請求書（病院）の留意事項及び記入方法について【令和4年度下半期用】

※診療所の方は診療所用をご覧ください。

1 補助対象期間（取組期間）

- 10・11月期：令和4年10月2日（日）から同年12月3日（土）まで
- 12・1月期：令和4年12月4日（日）から令和5年2月4日（土）まで
- 2・3月期：令和5年2月5日（日）から同年3月31日（金）まで

2 申請書類提出期間

いずれの場合も期間内必着となります。

- 10・11月期：令和4年12月5日（月）から令和5年1月10日（火）まで
- 12・1月期：令和5年2月6日（月）から同年3月6日（月）まで
- 2・3月期：令和5年3月13日（月）から同月31日（金）まで

3 申請方法

下記（1）の申請書類（第1号様式及び第2号様式（必要に応じて関係書類を添付する。))を「1 補助対象期間（取組期間）」ごとに作成し、「2 申請書類提出期間」の期間内に「3 提出先」に郵送で提出してください。

様式は、県ホームページ（「新型コロナウイルスワクチンの接種について」中の「医療機関へのお知らせ」にあります。）からダウンロードしてください。

（1）申請書類の様式について

- 第1号様式と第2号様式（必要に応じて関係書類を添付）をあわせて作成します。それぞれ、手書き用（PDF）、入力用（Excel 計算式なし）及び入力用（Excel 計算式あり）を用意しています。ピンク色の部分に記載又は入力してください。
- 第1号様式は、診療所用及び病院用の2種類あります。
- 第2号様式は、診療所用として「診療所 職域以外用」及び「診療所 職域用」の2種類、病院用として「病院 職域以外用」及び「病院 職域用」の2種類あります。（※診療所用又は病院用の様式のうち、職域接種を含まない個別接種を行った場合は「○○ 職域以外用」を、職域接種を含む個別接種を行った場合は「○○ 職域用」の様式をそれぞれ作成します。）

（例）病院が職域接種を含まない個別接種を行った場合

→ 「第1号様式 病院用（第3関係）」及び「第2号様式 病院（第3関係） 職域以外用」を作成します。

※以下、「（第3関係）」の表記は省略します。

（2）記入方法について

ここでは、10・11月期（令和4年10月2日（日）～同年12月3日（土））において病院が職域接種を含まない個別接種を行った場合の例（病院 職域以外用）を説明します。

- ① 「第2号様式 病院 職域以外用」、「第1号様式 病院用」の順に作成してください。
- ② 「第2号様式 病院 職域以外用」の記入のしかた

(参考)「第2号様式 病院 職域以外用」(1枚目)

第2号様式 病院・職域以外用 (第3関係)

(1/2)

令和4年 月 日

医療機関等名称

新型コロナウイルスワクチン接種促進事業（個別接種分）の実績報告書（病院）

下記のとおり、新型コロナウイルスワクチンの接種を行ったので報告する。

	10月							時間外等に接種体制を取った上で、50回以上接種を行った日	1日当たり50回以上接種を実施した週（○で囲む）	1日50回以上接種した日の特別体制時間	備考
	(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)				
	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/8				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載											
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外							日			
接種回数（予診のみを含めない）	職域								実施 / 非実施		
(特別体制)医師の延べ時間										時間	
(※)看護師等の延べ時間										時間	
	10/9	10/10	10/11	10/12	10/13	10/14	10/15				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載											
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外							日			
接種回数（予診のみを含めない）	職域								実施 / 非実施		
(特別体制)医師の延べ時間										時間	
(※)看護師等の延べ時間										時間	
	10/16	10/17	10/18	10/19	10/20	10/21	10/22				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載											
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外							日			
接種回数（予診のみを含めない）	職域								実施 / 非実施		
(特別体制)医師の延べ時間										時間	
(※)看護師等の延べ時間										時間	
	10/23	10/24	10/25	10/26	10/27	10/28	10/29				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載											
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外							日			
接種回数（予診のみを含めない）	職域								実施 / 非実施		
(特別体制)医師の延べ時間										時間	
(※)看護師等の延べ時間										時間	
	10/30	10/31	11/1	11/2	11/3	11/4	11/5				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載											
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外							日			
接種回数（予診のみを含めない）	職域								実施 / 非実施		
(特別体制)医師の延べ時間										時間	
(※)看護師等の延べ時間										時間	
	11/6	11/7	11/8	11/9	11/10	11/11	11/12				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載											
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外							日			
接種回数（予診のみを含めない）	職域								実施 / 非実施		
(特別体制)医師の延べ時間										時間	
(※)看護師等の延べ時間										時間	
	11/13	11/14	11/15	11/16	11/17	11/18	11/19				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載											
接種回数（予診のみを含めない）	職域以外							日			
接種回数（予診のみを含めない）	職域								実施 / 非実施		
(特別体制)医師の延べ時間										時間	
(※)看護師等の延べ時間										時間	

(参考)「第2号様式 病院 職域以外用」(2枚目)

(2/2)

医療機関等名称

		(日)	(月)	(火)	(水)	(木)	(金)	(土)	時間外等に接種体制を取った上で、50回以上接種を行った日	1日当たり50回以上接種を実施した週(○で囲む)	1日50回以上接種した日の特別体制時間	備考
		11/20	11/21	11/22	11/23	11/24	11/25	11/26				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数(予診のみを含めない)	職域以外								日	実施 / 非実施		
接種回数(予診のみを含めない)	職域											
(特別体制)医師の延べ時間											時間	
(〃)看護師等の延べ時間											時間	
時間外等の接種体制を取った日に○を記載												
接種回数(予診のみを含めない)	職域以外								日	実施 / 非実施		
接種回数(予診のみを含めない)	職域											
(特別体制)医師の延べ時間											時間	
(〃)看護師等の延べ時間											時間	

金額

1日当たり50回以上接種を行った日の総計(×@100,000円)	日		円
(特別体制)医師の延べ時間_50回行った日のみ足し上げ(×@7,550円)		時間	円
(特別体制)看護師等の延べ時間_50回行った日のみ足し上げ(×@2,760円)	週	時間	円
合計			円

接種回数

期間中の総接種回数		回
補助金の対象となった日に実施した接種回数		回

※本報告書の「接種回数(予診のみを含めない)」には、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績及び職域接種の実績は含まれない。

上記が事実と相違ないことを証明する。

医療機関 名称

開設者 住所

氏名

イ

ウ〜キ

ク

ケ

ア 様式右上に提出年月日を記入します。

イ 医療機関名等名称を記入します。(法人名ではなく病院名を記入。)

ウ 接種回数の欄に日ごとに接種回数記入します。(予診のみを含めない。)

- ・職域接種を含まない個別接種を行った場合は「職域以外」の欄に回数を記入します。
- ・集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績及び職域接種の実績は含めません。

エ 時間外等の接種体制を取った日について「時間外等の接種体制を取った日に○を記載」欄に「○」を記入します。

また、自治体の集団接種会場等への医療従事者派遣を行った場合は、派遣該当日の「時間外等の接種体制を取った日に○を記載」欄に「○」を記入の上、「備考欄」に医療従事者を派遣した旨記入します(※11/11に医療従事者を派遣した場合の記入例:「11/11 医療従事者派遣」)。

- ・「時間外等の接種体制を取った」とは、時間外、夜間又は休日に接種体制を用意した場合を指し、具体的には下記の時間外、夜間又は休日のいずれかで接種体制を用意した場合となります。なお、「接種体制を用意」には、医療機関で接種体制を用意することのほかに、自治体の集団接種会場等へ医療従事者派遣を行った場合を含みます。

時間外：当該医療機関の標榜する診療時間以外の時間(標榜時間は第1号様式の「(参考) 標榜する診療時間」欄に記載します。)

夜間：18時以降(医療機関の診療時間に関わらない。)

休日：日曜日及び国民の祝日に関する法律第3条に規定する休日。なお、1月2日及び3日並びに12月29日、30日及び31日は、休日として取り扱う。加えて土曜日も休日として取り扱う。(医療機関の診療日に関わらない。)

(注) 本事業における時間外、夜間及び休日の定義は、市町村や国保連に請求する接種費用本体の時間外・休日の接種に対する加算(時間外+730円、休日+2,130円)における考え方とは異なるためご注意ください。(例:土曜日に診療時間を設けている医療機関が診療時間内に接種を行った場合、本支援事業において休日扱いとしている土曜日に接種体制を用意しているため、本支援事業の対象となりますが、市町村や国保連に請求する接種費用本体の請求においては、従前どおり、土曜日は休日ではなく、また、診療時間内の接種であることから、時間外加算、休日加算の請求は出来ません。)

オ 一週(日曜日から土曜日までの)ごとに「時間外等に接種体制を取った上で、50回以上接種を行った日」欄に該当日数を記入します。

カ 一週（日曜日から土曜日までの）ごとに「1日当たり50回以上接種を実施した週」に該当する場合は「実施」を、該当しない場合は「非実施」を選択します。

キ 一週（日曜日から土曜日までの）ごとに「1日50回以上接種した日の特別体制時間」欄に該当する医師又は看護師等の特別体制時間（延べ時間）をそれぞれ記入します。集計するのは、1日50回接種した日の時間のみです。

(記入例)

	(日) (月) (火) (水) (木) (金) (土)							時間外等に接種体制を取った上で、50回以上接種を行った日	1日当たり50回以上接種を実施した週 (○で囲む)	1日50回以上接種した日の特別体制時間	備考
	10/2	10/3	10/4	10/5	10/6	10/7	10/8				
時間外等の接種体制を取った日に○を記載		○		○			○				
接種回数 (予診のみを含めない)	職域以外	30		50			60	2日	○ 実施		
接種回数 (予診のみを含めない)	職域										
(特別体制)医師の延べ時間				3.50			3.50			7時間	
(注)看護師等の延べ時間				6.50			7.00			13時間	

特別体制については、50回行った日の時間数のみ足し上げます。1時間未満の端数がある場合は、週間の該当日数分を足し上げ、1時間未満の端数を切り捨てます。この例では、10/3は接種回数が50回未満なので、該当しません。
(時間数の表示例) 6時間30分→6.50 6時間45分→6.75

ク 様式2枚目の下段の表に補助金の対象となる日数等を集計し、補助金額を計算します。

(注) 1日50回以上接種した場合に10万円を算定できるのは、令和4年11月30日の接種分までとなります。

(記入例)

週ごとにとりまとめた数値を集計します。

金額			
1日当たり50回以上接種を行った日の総計 (×@100,000円)	4日		400,000円
(特別体制) 医師の延べ時間_50回行った日のみ足し上げ (×@7,550円)		40時間	302,000円
(特別体制) 看護師等の延べ時間_50回行った日のみ足し上げ (×@2,760円)	4週	80時間	220,800円
合計			922,800円

接種回数	
期間中の総接種回数	400回
補助金の対象となった日に実施した接種回数	300回

補助対象期間（取組期間）の総接種回数を記入する。（補助対象とならない日の接種回数も含む。）

5 補助対象となった日の接種回数の合計を記入する。

ケ 記載した接種実績には、予診を含めないこと、集団接種である大規模接種会場・市町村特設会場の実績及び職域接種の実績は含まれないことを確認し、署名、押印する。

(記入例)

○ 開設者が個人の場合

医療機関	名称	〇〇〇クリニック		
開設者	住所	青森市〇〇1丁目1-1		
	氏名	青森 太郎	Ⓜ	

私印

○ 開設者が法人の場合

医療機関	名称	〇〇〇クリニック		
開設者	住所	青森市〇〇1丁目1-1		
	氏名	医療法人〇〇会 理事長 青森 太郎	Ⓜ	

代表者印

③ 「第1号様式 病院 職域以外」の記入のしかた

(参考)「第1号様式 病院用」

第1号様式 病院用 (第3関係)

令和4年 月 日

青森県知事 殿

医療機関 住所
名称
開設者 住所
(申請者) 氏名
(法人名・職氏名)
電話番号(医療機関)
担当者・内線等

令和4年度青森県新型コロナウイルスワクチン接種促進事業費補助金(個別接種分)
交付申請書兼請求書(病院)

月 日から 月 日の期間において、別紙報告書(第2号様式)のとおり新型コロナウイルスワクチンの接種を実施したため、補助金の交付について、以下のとおり申請及び請求する。

請求金額

内訳

月 日から 月 日の間

50回以上/日の接種を週1日以上達成した週[※] 週 (4週以上で、医師・看護師等に係る追加交付)

※ 時間外、夜間または休日における接種体制の有無に関わらない。

(特別な接種体制を確保し、かつ、50回/日を週1日以上、4週間以上達成した場合)
※1日50回以上接種を行った日が対象

月 日の週	時間外等に接種体制をとり、 1日50回以上接種の加算		医師に係る追加交付		看護師等に係る追加交付	
	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
月 日の週	日	円	時間	円	時間	円
合計	日	円	時間	円	時間	円

(参考) 標榜する診療時間

日	
月	
火	
水	
木	
金	
土	
備考	

金融機関コード		支店コード	
金融機関名		支店名	
預金種別		口座番号	
フリガナ			
口座名義人			

注1 振込先口座の通帳の写し(口座番号と口座名義(かかけ)が分かるページ)を添付してください。
注2 申請者と口座名義人が異なる場合は、受領についての委任状を提出してください。

サ 提出年月日を記入します。(第2号様式の提出年月日(ア)と同じ年月日とし
ます。)

シ 申請者について記入します。

- ・医療機関 → 病院の住所と名称を記入します。医療機関名は第2号様式の医療機関等名称(イ)と同じです。
- ・開設者 → 個人の場合は、開設した方の住所と氏名を記入します。
法人の場合は、法人登記している住所、法人の名称、代表者の職名及び氏名を記入します。

(記入例)

医療機関	住所 青森市〇〇1丁目1- (←病院の住所)
	名称 〇〇病院 (←病院の名称)
開設者 (申請者)	住所 青森市〇〇2丁目1- (←法人登記した住所)
	氏名 医療法人〇〇会 (←法人の名称)
	(法人名・職氏名) 理事長 青森 太郎 (←法人代表者の職名・氏名)
電話番号(医療機関)	017-123-×××× (←病院の電話番号)
担当者・内線等	総務課 担当〇〇 (連絡先) 017-123-〇〇〇〇 (内線△△)

ス 第2号様式から1日50回以上の接種を週1日以上達成した週の数等を転記し、金額を積算する。

(記入例)

内訳					
10月2日から12月3日の間					
50回以上/日の接種を週1日以上達成した週 [※]			4 週 (4週以上で、医師・看護師等に係る追加交付)		
<small>※ 時間外、夜間または休日における接種体制の有無に関わらない。</small>					
<small>時間外等に接種体制をとり、</small>			<small>(特別な接種体制を確保し、かつ、50回/日を週1日以上、4週間以上達成した場合)</small>		
<small>1日50回以上接種の加算</small>			<small>※1日50回以上接種を行った日が対象</small>		
			医師に係る追加交付	看護師等に係る追加交付	
10月2日の週	1 日	100,000円	時間 75,500円	時間 55,200円	
10月9日の週	1 日	100,000円	時間 75,500円	時間 55,200円	
10月16日の週	1 日	100,000円	時間 75,500円	時間 55,200円	
10月23日の週	1 日	100,000円	時間 75,500円	時間 55,200円	
10月30日の週	日	円	時間 円	時間 円	
11月6日の週	日	円	時間 円	時間 円	
11月13日の週	日	円	時間 円	時間 円	
11月20日の週	日	円	時間 円	時間 円	
11月27日の週	日	円	時間 円	時間 円	
月 日の週	日	円	時間 円	時間 円	
合計	4 日	400,000円	時間 302,000円	時間 220,800円	

(注) 1日50回以上接種した場合に10万円を算定できるのは、令和4年11月30日の接種分までとなります。

セ 請求金額を記入します。請求金額は、すで積算した金額の総合計額となります。

ソ 対象となる医療機関の標榜時間を記載します。

タ 振込口座について記入します。

○ 金融機関コード → 金融機関に割り当てられている4桁の番号

支店コード → 金融機関の本支店に割り当てられている3桁の番号

(注) 金融機関コード及び支店コードは、インターネットで検索することができます。

○ 預金種別 → 普通預金又は当座預金のいずれかを記入します。

(注) 貯蓄預金の口座には振り込むことはできません。

○ 口座名義人及びフリガナ → 振込口座の名義人及びフリガナを記入します。

(注) 記載誤りがあると口座に入金できない場合がありますので、通帳をご確認の上正しく記載してください。

申請者名と記載する口座名義人が異なる場合は委任状が必要となります。
委任状は、1年に1回確認させていただきますので、令和3年度に提出している方も令和4年度分を提出願います。

(記入例)

金融機関コード	1234	支店コード	123
金融機関名	〇〇銀行	支店名	〇〇支店
預金種別	普通	口座番号	0123×××
フリガナ	イリョウホウジン 〇〇カイ リジチョウ アオモリ タロウ		
口座名義人	医療法人〇〇会 理事長 青森 太郎		

3 提出先

〒030-8570

青森県青森市長島1-1-1 (青森県庁北棟7階)

青森県健康福祉部 保健衛生課感染症対策グループ

※封筒に「ワクチン接種促進補助金申請書在中」と朱書きしてください。

(封筒の宛名にご利用ください)

〒030-8570 青森市長島1-1-1 青森県健康福祉部保健衛生課 感染症対策グループ 行 (ワクチン接種促進補助金申請書在中)	〒030-8570 青森市長島1-1-1 青森県健康福祉部保健衛生課 感染症対策グループ 行 (ワクチン接種促進補助金申請書在中)
---	---

